

**記入例**

**入札参加資格確認申請書**

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている認定番号

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている代表者の役職名、氏名及  
び印、又は同名簿に代理人登録をし  
てある場合には登録されている代理  
人の役職名、氏名及び印。

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

○

○ 印

本入札案件を担当される方の  
部署名、氏名、連絡先。

**入札担当者情報**

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

下記の入札案件参加について、入札参加資格確認を申請します。  
申請にあたり、地方独立行政法人神奈川県立病院機構反社会的勢力への対応に  
関する規程第2条に規定する反社会的勢力に該当しないことを誓約します。

記

入札案件名 ○

(入札公告兼) 入札説明書に  
記載の入札案件名。

様式 2 (日本工業規格 A 4 縦長型)

**記入例**  
**入札書**

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている認定番号

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている代表者の役職名、氏名及  
び印、又は同名簿に代理人登録をし  
てある場合には登録されている代理  
人の役職名、氏名及び印。

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

○

○ (印)

本入札案件を担当される方の  
部署名、氏名、連絡先。

**入札担当者情報**

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

(入札公告兼) 入札説明書に  
記載の入札案件名。

入札案件名	
入札回数	回目

1 回目の入札の場合は「1 回  
目」、再度入札の場合は「2  
回目」と記入。

	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
入札金額	税込み											
	税抜き											

- ・ 入札書に記載する金額は、上段に消費税及び地方消費税相当額を含む税込みの契約希望金額、下段に税抜きの契約希望金額を記載すること。
- ・ 免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載すること。
- ・ 金額の頭に ¥ 記号をつけること。

製造会社及び型式・規格 (必ず記入してください)

**記入例**

**入札参加辞退届**

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている認定番号

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている代表者の役職名、氏名及  
び印、又は同名簿に代理人登録をし  
てある場合には登録されている代理  
人の役職名、氏名及び印。

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名 (印)

本入札案件を担当される方の  
部署名、氏名、連絡先。

**入札担当者情報**

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

下記の入札案件について、入札参加を辞退します。

記

入札案件名	
辞退理由	

(入札公告兼)入札説明書に  
記載の入札案件名。

**記入例**

**入札参加資格喪失届**

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている認定番号

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている代表者の役職名、氏名及  
び印、又は同名簿に代理人登録をし  
てある場合には登録されている代理  
人の役職名、氏名及び印。

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

○

○ (印)

本入札案件を担当される方の  
部署名、氏名、連絡先。

**入札担当者情報**

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

下記の入札案件について、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

入札案件名	○
資格喪失の理由	○

(入札公告兼) 入札説明書に  
記載の入札案件名。

様式 1 (日本工業規格 A 4 縦長型)

## 入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

印

### 入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

下記の入札案件参加について、入札参加資格確認を申請します。  
申請にあたり、地方独立行政法人神奈川県立病院機構反社会的勢力への対応に  
関する規程第 2 条に規定する反社会的勢力に該当しないことを誓約します。

記

入札案件名	蛍光顕微鏡一式の購入
-------	------------

様式2 (日本工業規格A4縦長型)

## 入札書

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

㊞

### 入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

入札案件名	蛍光顕微鏡一式の購入
入札回数	回目

入札金額	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
	税込み											
税抜き												

- ・入札書に記載する金額は、上段に消費税及び地方消費税相当額を含む税込みの契約希望金額、下段に税抜きの契約希望金額を記載すること。
- ・免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載すること。
- ・金額の頭に¥記号をつけること。

製造会社及び型式・規格 (必ず記入してください)

--

様式3（日本工業規格A4縦長型）

## 入札参加辞退届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

企業名称

住所

電話番号

代表者職・氏名

⑩

### 入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

下記の入札案件について、入札参加を辞退します。

記

入札案件名	蛍光顕微鏡一式の購入
辞退理由	

様式 4 (日本工業規格 A 4 縦長型)

## 入札参加資格喪失届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

印

### 入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

下記の入札案件について、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

入札案件名	蛍光顕微鏡一式の購入
資格喪失の理由	